Rok XXX. Kraków, 29 Sierpnia 1891. Nr. 35.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Antyseptyka w oftalmologii. Trójchlorek jodu jako środek przeciwgnilny.

(Obszerniejsze rozwinięcie wykładu mianego w sekcyi okulistycznéj VI. Zjazdu lek. i przyr. polskich w Krakowie).

Podał

Dr. med. Br. Ziemiński (z Warszawy).

Wobec swego położenia w ustroju, wobec swego układu anatomicznego, wreszcie wobec swych własności fizyjologicznych, narząd wzroku najłatwiéj ze wszystkich narządów ulega najściu różnorodnych drobnoustrojów, które tu znajdują warunki pomyślne do utrzymania się oraz do rozwinięcia swej szkodliwéj działalności. Nie dziw też, że oko staje się siedliskiem przeróżnych zakażeń, że choroby tego narządu w większości przypadków należą do szeregu chorób zakaźnych.

Głębiéj zastanawiając się nad obecnym stanem leczenia chorób ocznych, niebawem dochodzi się do wniosku, iż w gruncie rzeczy, leczenie to polega na stosowaniu leków, których większość, jak to obecny stan bakteryjologii wykazuje, zalicza się do rzędu środków bakteryjobójczych lub też powstrzymujących rozwój, albo osłabiających zgubny wpływ drobnoustrojów szkodliwych dla tkanek naszego ustroju.

Zaznaczając punkty wytyczne obecnego nawskróś antyseptycznego leczenia główniejszych grup nie urazowych chorób ocznych, najdobitniej stwierdzimy, ile cegiełek nowych przybyło do budowy téj części oftalmologii praktycznéj od chwili, w któréj antyseptyka nabrała prawa obywatelstwa w medycynie. Bynajmniéj jednak nie mam na celu rozpatrywać przeróżnych sposobów leczenia chorób ocznych, chcę jedynie zaznaczyć, jak ważną rolę odgrywają w tym razie środki niewątpliwie przeciwgnilne, chcę uprzytomnić, jak nieodzowną jest antyseptyka nie tylko w uszkodzeniach urazowych, o czem późniéj pomówię, lecz i w innych nie urazowych chorobach oczu.

Ze wszystkich chorób powiek najuporczywszemi bywają: łojotok (*seborrhoea sicca v. squamosa v. pityriasis simplex* i *seborrhoea fluida v. oleosa v. ulcosa*), i wrzodziejące zapalenie gruczołków powiekowych (*blepharitis ulcerosa*). Cierpienia te są grzybiczej natury. Najczęściéj bywają one wynikiem zagnieżdżenia się na brzegach powiek gronkowców ropnych złocistych i białych.

W leczeniu łojotoku powiek najlepsze wyniki daje maść, zawierająca ½% do 2% siarki lub 2%—5% kalomelu. W przypadkach *seborrhoea sicca* nieraz wystarcza dwukrotnie przez dobę powtarzane pudrowanie staranne powiek kalomelem. A wszak wiadomo, iż oddawna zalecano, a w ostatnich latach Semmola[1]) usilnie polecał siarkę, jako środek odkażny, nie tylko przy wewnętrznem użyciu, lecz i przy stosowaniu zewnętrznem. Kalomel jest obecnie najskuteczniejszym ze wszystkich antyseptyków, stosowanych w postaci proszku.

Inne maście, proszki i przymoczki, zalecane w tej chorobie, zawierają składniki o mniéj lub więcéj wyraźnych własnościach przeciwgnilnych, jako to: kwas borowy, wodnik chloralu, kwas pyrogalusowy, rezorcynę, salol i inne.

Najwłaściwszem leczeniem miejscowem owrzodzień brzegu powiek, powstałych skutkiem zapalenia gruczołków powiekowych, jest tuszowanie ich (po uprzedniéj epilacyi rzęs w danem miejscu) roztworem azotanu srebra lub też przyżeganie wrzodzików zaostrzoną laseczką lapisu osłabionego. Przeto stosujemy tu lek o piérwszorzędnych zaletach przeciwgnilnych. Skoro owrzodziała powierzchnia oczyści się, a warstwa nadskórkowa odnowi, wówczas zaleca się wcieranie w brzegi powiek maści, zawierającéj tlenek cynku, tudzież chlorek amido-rtęciowy lub jeden z tlenków rtęci. Te nader trudno rozpuszczalne przetwory rtęciowe rozpuszczają się jednak w obecności wydzieliny gruczołów skórnych, spo-

[1]) *Congrès international de Thérapeutique et de Matière Médicale.* Paris 1889.

jówkowych tudzież łzowych, a wówczas nabierają własności antyseptycznych.

Ostatecznie we wszystkich postaciach zakaźnych chorób powiek znakomite usługi oddaje maść, zawierająca jeden z najenergiczniéj działających antyseptyków, mianowicie, wodę utlenioną [H_2 O_2] [1]).

Zbytecznem będzie obszerniéj wspominać, iż tu, jak w ogóle przy całem postępowaniu przeciwgnilnem, najkardynalniejsze znaczenie ma dobrze zrozumiana skrupulatna czystość, zachowywana w najdrobniejszych szczegółach. Nie należy zatem poprzestawać na stosowaniu najbardziéj bakteryjobójczych przetworów chemicznych, lecz nadewszystko i nasamprzód winniśmy uniemożebnić dostęp ich do narządu chorego tudzież z możliwą ścisłością usuwać wszelkie mikroby sposobami mechanicznemi.

Jako ważny środek pomocniczy w leczeniu przeciwgnilnem chorób ocznych uznać należy stosowanie możliwie wysokich stopni ciepłoty, czy to w postaci prostych przemywań oczu wodę gorącą (40° C. i więcéj), czy też w postaci tak gorących antyseptycznych okładów, jakie tylko oko znieść może. Wiadomo, iż nawet mało zgęszczone roztwory środków desynfekcyjnych po ich ogrzaniu działają znacznie silniéj i szybciej, aniżeli roztwory bardziéj stężone tychże środków, stosowane przy niższej ciepłocie. Ostatecznie woda gorąca i okłady gorące wywołują pewne zmiany miejscowe w krążeniu krwi, zwiększają żywotność tkanek i ich siły odporne wobec bakteryj, a ztąd nieraz skuteczniéj zwalczać mogą szkodliwą działalność drobnoustrojów chorobotwórczych. Doświadczenie kliniczne przekonywa niewątpliwie o wpływie pomyślnym stosowania gorących okładów i przemywań oczu wodą gorącą nie tylko we wszelkich chorobach powiek i spojówki, lecz również w chorobach błony rogowéj, białkowéj i jagodówki (*uvea*). Widzimy codziennie znaczne polepszenie w sprawach zapalnych rogówki, tęczówki i ciałka rzęskowego, skoro tylko zastosuje się właściwie nałożoną opaskę ogrzewającą (hydropatyczną — „*compresse chauffante*") albo wreszcie skoro się zaleca natryski parowe za pomocą przyrządu Lourenço lub innego.

Przechodząc do grupy spraw zapalnych spojówki, zaznaczyć musimy, iż dzięki starannym badaniom, podjętym w ostatnich czasach, wiadomem stało się, iż choroby te są grzybiczego pochodzenia. Znamy mikroby specyficzne nieżytu tudzież śluzotoku oraz dyfteryi spojówki. Wiemy nadto, iż tak te drobnoustroje, jakoteż niedostatecznie ściśle dotąd wykazane mikroby jaglicy spojówki rozwijać się mogą nawet na nienaruszonej powierzchni błony śluzowéj oka. Wytwarzają one silnie działające jady chemiczne, które, podobnież jak flogozina, otrzymana z hodowli gronkowca ropnego złocistego, szkodliwie wpływać mogą i na nietkniętą spojówkę. Tego rodzaju jady wywołują różne postacie groźnych chorób spojówki, a w błonicy są w stanie oddziaływać wprost zabójczo, umartwiająco, na przybłonek oraz powierzchowne warstwy jej utkania.

Jakież leki stosuje się przeciw téj grupie zakaźnych chorób oka? Krótko mówiąc, zaliczyć je można do rzędu środków leczniczych, którym dawni farmakologowie dali nazwę leków ściągających — *adstringentia*.

Lecz w ich szeregu napotyka się różnorodne związki chemiczne. Jakiż jest łącznik miarodajny dla ich działania? Jest nim wytwarzanie się istoty nierozpuszczalnéj w warstwach powierzchownych błony śluzowéj. Ona to otacza komórki, wnika między nie, odpycha ciecze, zawarte w tkankach, a zatem działa osuszająco, stawia zaporę wciskaniu się niższych drobnoustrojów do tkanek, nadto sprowadza pewne napięcie lub pewien ucisk z powierzchni na tkanki — w ten sposób przeciwdziała wszelkim skutkom sprawy zapalnéj, nowotworzeniu się komórek, obrzmieniu i rozpulchnieniu, przekrwieniu, wzmożeniu się sprawy wydzielniczéj i innym objawom. Nie ulega wątpliwości, że wytworzenie się istoty nierozpuszczalnéj — nie zaś zwężenie naczyń, nie ściągnięcie tkanek, jak to dawniéj błędnie sądzono — stanowi istotę działania ściągającego.

Leki ściągające nie tylko same przez się mogą działać wprost przeciwgnilnie, powstrzymując rozwój mikrobów i wydalając drobnoustroje, tkwiące w warstwach powierzchownych przybłonka tudzież komórki przybłonkowe, lecz nadto, wywołując zmiany w krążeniu oraz w wymianie materyi, pośrednio wywierają też wpływ antyseptyczny, gdyż modyfikują własności gruntu, nieodzowne dla rozwoju pomyślnego drobnoustrojów, a tem samem poważnie zagrażają ich bytowi.

Co do choroby pryszczykowéj oczu (*Kerato conjunctivitis phlyctaenulosa vel eczematosa*), to sprawcami jej mają być pewne mikrokoki podobnego wejrzenia do tych, które znajdowano w wyprysku, nieraz istniejącym na twarzy osób, dotkniętych pryszczykiem spojówki i rogówki. Lekiem pierwszorzędnéj wartości w téj chorobie oka jest kalomel. Proszek kalomelowy, zasypany między powieki, rozwija działanie chemiczne: pozostając bowiem przez czas dłuższy w worku spojówkowym, dzięki obecności chlorku sodu we łzach, stopniowo zamienia się w sublimat, który, w ten sposób powolnie lecz stale wytwarzając się, działa przez czas dłuższy wydatnie antyseptycznie na pokrywy zewnętrzne oka. Zresztą kalomel i jako taki w ilościach minimalnych rozpuszcza się w roztworze chlorku sodowego, a zatem i w cieczy łzowéj, może więc sam przez się w znacznym stopniu działać przeciwgnilnie. To powolne a trwałe działanie miejscowe kalomelu oddaje usługi nieocenione w okresie początkowym téj choroby, kiedy nieraz istnieje silny stopień podrażnienia zapalnego. W tym okresie inne przetwory rtęciowe, a zwłaszcza maście, zawierające tlenek rtęci, zbyt silnie drażnią oko. Natomiast działają one znakomicie w okresie późniejszym tudzież w bardziéj przewlekłych postaciach téj choroby.

Leczenie chorób dróg łzowych jest ściśle przeciwgnilne. Skoro przewody łzowe prawidłowo funkcyjonują, wówczas strumień łez nieustannie kieruje się z worka spojówkowego ku jamie nosowéj, unosząc ze sobą mikroby, które dostały się do woreczka łzowego. Skoro zaś łzy napotykają przeszkodę, jako to ma miejsce przy ścieśnieniu przewodów łzowych, wówczas następuje zastój w woreczku łzowym, a drobnoustroje, tamże wnikające, znajdują warunki pomyślniejsze do dalszego rozwoju. Skutkiem tego zmienia się skład chemiczny cieczy, zawartéj w drogach łzowych, ta zaś silnie drażni ścianki owych przewodów i wywoływa znaczny dopływ ciałek ropnych. Ściśle mówiąc, przyczyną pierwotnéj choroby dróg łzowych nie są koki ropne, nie one to wywołują chorobę zasadniczą, lecz przyczyniają się do obostrzenia jej, do zwiększenia w danym razie groźności jej objawów.

---

[1]) Maść tę należy przepisywać w małej ilości, a przechowywać w miejscu chłodnem (w lodowni) i w szczelnie zamkniętem naczyniu. Poważny zarzut zrobić można temu przetworowi przy dłuższem stosowaniu tej maści rzęsy tracą naturalną barwę.

Na czem zaś — w przeważnéj liczbie przypadków — oddawna polega całe leczenie tych chorób, jeśli nie na tem, że kierujemy wszelkie nasze zabiegi do sprowadzenia drożności przewodów łzowych. Wszak to jest najczęściéj głównym celem leczenia w tym razie, leczenia, które uniemożebniając zagnieżdżenie się mikrobów w omawianych przewodach, skutecznie przeciwdziała sprawie gnilnéj.

Antyseptyka w oftalmologii święci największe tryjumfy wobec zapaleń ropnych rogówki. Przy najdrobniejszem, najsłabiej nawet rozwiniętem nacieczeniu, owrzodzeniu i uszkodzeniu rogówki należy nasamprzód działać zapobiegawczo. Bacząc tak na stan ogólny chorego, jako też na stan pozostałych części narządu wzroku, zwłaszcza na stan przewodów łzowych tudzież spojówki, winniśmy usunąć wszelkie źródła zarazy. Co się zaś tyczy leczenia miejscowego, to zaleca się czystość najskrupulatniejszą, częste zmywanie całej powierzchni gałki ocznéj, a głównie błony rogowéj świeżo przysposobioną wodą chlorową lub rozczynem trójchlorku jodu (1: 6000--1000), jednego z najdzielniejszych, a najmniéj drażniących narząd wzroku antyseptyków. Zaleca się też posypanie całéj powierzchni rogówki warstwą najdrobniejszego proszku jodoformowego.

Nie tu miejsce poruszać często dziwnie sprzecznie brzmiące wyniki ujemne badań bakteryjologicznych nad działaniem jodoformu na hodowle różnych mikrobów w obec wyników niewątpliwie pomyślnych, jakie klinicyści stale otrzymują w miejscowem zwłaszcza stosowaniu tego leku w chorobach zakaźnych. Te sprzeczne wyniki powstały skutkiem pomijania podstawowéj zasady, podług któréj oznaczenie prawdziwéj wartości antyseptycznéj przetworów chemicznych wówczas tylko jest możebnem, skoro jak najściśléj uwzględnia się warunki, śród jakich one działać mają przy stosowaniu ich w praktyce. Jodoform jako taki jest środkiem obojętnym, wtedy zaś tylko wyraźnie działa przeciwgnilnie, gdy dzięki istniejącym w danym razie warunkom ulega rozkładowi, przy którym jod ma możność oswobodzenia się, — następuje to np. pod wpływami odtleniającemi, jakie wywierać mogą komórki żyjące i różne drobnoustroje. Nie wszystkie bakteryje posiadają jednak zdolność odtleniania, nie wszystkie też jednako zachowują się w obec jodoformu. Jodoform nader szybko rozkłada się pod wpływem drobnoustrojów gnicia, przyczem oswobodzony jod, tudzież powstające w tym razie połączenia jodowe, odbierają woń (odwaniają) zjadliwéj i cuchnącéj ropie, osuszają ranę przez zmniejszenie wydzieliny, osłabiają zdolność rozwojową i rozrodczą bakteryj, sprowadzających rozkład, wreszcie zapobiegają sprawie ropnéj, powstającéj dzięki obecności ptomainów (kadaweryny). Jodoform jest to środek wrogi dla ptomainów. Nadaje on tkankom własności nieodpowiednie do rozwoju grzybków rozszczepkowych, a ztąd do powstawania trujących wytworów wymiany materyi w mikrobach. Działanie antyseptyczne jodoformu jest powolne, ale zato środek ten przez czas dłuższy wywiera skutki zbawienne: nie drażni rany, jeśli się go nie stosuje zbyt długo w ilości nadmiernéj, zwłaszcza u osób ogólnie wycieńczonych; ostatecznie ma wielką wartość, gdyż dosyć szczelnie pokrywa chorą okolicę i poniekąd chroni ją od zetknięcia z mogącemi tam osiąść zarazkami. Ztąd też w sprawach ropnych i w gruźlicy rogówki jodoformu dotychczas nie można było zastąpić całym szeregiem w ostatnich czasach polecanych suchych antyseptyków, a więc ani arystolem, jodolem, salolem ani innemi środkami.

Aczkolwiek trudno jeszcze wydać wyrok ostateczny w sprawie wartości klinicznéj pyoktaniny, dotychczasowe jednak rezultaty nie pozwalają zbyt wiele liczyć na spożytkowanie tego środka, nie mówię już w innych chorobach ocznych, ale nawet i w cierpieniach ropnych rogówki. Lubo nie należy wątpić, iż $1/_{10}\%$ roztwór pyoktaniny niechybnie powstrzymuje rozwój bakteryj ropnych, stwierdzono jednak (Troje), iż roztwór taki nawet po 12-sto godzinnem działaniu nie niszczy tych bakteryj. Daléj wykazano (Garré), iż własności dyfuzyjne tych roztworów nie są tak wydatne, jak to twierdził Stilling. W zasadzie zaś przeciw pyoktaninie przemawia obok innych i ta okoliczność, iż nie jest to istota jednolita, lecz mięszanina przeróżnych barwików, noszących nazwę metylów fijołkowych (*Methylviolette*). — A wszak można uważać za błędne stosowanie do badań farmakodynamicznych mięszaniny, któréj nie można ściśle określić i skontrolować skutkiem zmienności jéj składu chemicznego.

Toż samo zarzucić można kreolinie i lysolowi, które nadto w rozczynach, o wyraźnych własnościach antyseptycznych, zbyt silnie drażnią oko.

Z innych leków antyseptycznych daje tu stosunkowo najpomyślniejsze wyniki woda utleniona, stosowana bądź to w roztworze, bądź też w postaci maści lanolinowo-wazelinowéj.

Skoro wskazane leczenie nie jest w stanie powstrzymać postępu sprawy ropnéj w rogówce, wówczas — podobnie jak w pierwotnych cierpieniach gruźliczych zewnętrznych pokryw oka — może położyć tamę rozwojowi zgubnemu choroby żegadło Paquelina lub galwanokauter, najpewniejszy antyseptyk przy wszelkich sprawach zakaźnych gałki ocznéj. Ściśle bowiem rzeczy biorąc, trzeba przyznać, iż przy obecnym stanie bakteryjologii, odrażać można li tylko przedmioty martwe, nie zaś tkankę żyjącą. Odrażenie tkanki żyjącéj równa się jéj zniszczeniu. W têm więc znaczeniu za jedyny niezawodny środek antyseptyczny w okulistyce winniśmy uważać żegadło właściwe. (C. d. n.)

II. Kazuistyka sądowo-lekarska.

III.

Śmierć z porażenia serca czy z innéj przyczyny?

Podał

Dr. Ignacy Schaitter,

lekarz miejski w Krakowie.

W dniu 21 lutego 189... wśród sprzeczki wzajemnéj przewrócił Wojciech Z. ojca swego 70 letniego Jana Z. w izbie na łóżko, wlazł jednem kolanem na jego piersi a oprócz tego gniótł go rękami tak, że ojciec mocno stękał. Wkrótce potem na dworze uderzył Wojciech Z. ojca oburącz motyką zamiast w głowę w lewą rękę, a następnie tą samą motyką ugodził ojca w głowę, który też zaraz upadł na ziemię i zakończył życie. Wskutek tego zarządzono śledztwo przeciw Wojciechowi Z. o zbrodnię morderstwa.

Na podstawie powyższego stanu rzeczy mimo woli nasuwa się podejrzenie, że to ostatnie uderzenie motyką w głowę sprowadziło śmierć Jana Z. Tymczasem znawcy sądowi po dokonaniu na dniu 26 lutego b. r. oględzin i sekcyi zwłok Jana Z. wydali orzeczenie, że ostateczną przyczyną śmierci Jana Z. miało być porażenie serca.

Ze względu, że z powyższych znawców jeden tylko posiada stopień akademicki a drugi jest jedynie chirurgiem, ze względu, że orzeczenie tych znawców nasuwa wątpliwości, czy i w jakim stopniu silne uderzenie motyką w głowę Jana Z. przyczyniło się do śmierci, wzywa Prokuratoryja innych lekarzy A. i B., aby na podstawie aktów wydali stanowcze orzeczenie, co było w niniejszym przypadku bezpośrednią przyczyną śmierci Jana Z., jaką rolę odgrywa opisane w oględzinach sądowo-lekarskich stłuszczenie serca, czy i jaki zachodzi przyczynowy związek między silnem uderzeniem motyką w głowę a śmiercią Jana Z. Nadmienia się, że nałóg do pijaństwa u Jana Z., o którym orzeczenie wspomina, nie jest dotychczas dowodami stwierdzonym.

Tak brzmi odezwa przesłana znawcom wraz z protokołem sekcyi zwłok Jana Z., orzeczeniem pierwszych znawców i zeznaniami świadków.

Protokół sekcyjny zwłok Jana Z. brzmi jak następuje:

A) Oględziny zewnętrzne: 1) Trup mężczyżny słusznego wzrostu około 70 lat liczącego, silnie zbudowanego, z podściołką tłuszczową dosyć grubą, mięśnie dobrze rozwinięte. 2) Zabarwienie skóry żółto-cisawe, na plecach i na pośladkach czerwone plamy pośmiertne, przy nacięciu których nigdzie nie widać nasięku krwawego. 3) Mięśnie i skóra oraz całe ciało zmarznięte. 4) Na czole odpowiednio do prawego guza czołowego widać otarcie skóry, poziomo przebiegające 4 ctm. długie a 2 ctm. szerokie, skrzepłą, zaschłą krwią pokryte, nacięcie zrobione nożem w tem miejscu wykazuje podbiegnięcie krwią aż do okostnéj. 5) Na głowie szpakowate włosy, dosyć długie, około 12 ctm. Skóra na głowie nigdzie nie jest skaleczona ani zadraśnięta. 6) Oczy zamknięte, gałki oczne twarde, zamglone, koloru siwego. 7) Nos obrzmiały, duży, nieco zaczerwieniony, skrzywiony na prawo; nacięcia zrobione na grzbiecie i na końcu nosa wykazują podbiegnięcie krwią skóry i tkanki łącznéj. 8) Usta zapadłe, mocno zamknięte, w jamie ustnéj brak dwóch trzecich części zębów. 9) Muszle uszne zaczerwienione, przewody zewnętrzne uszne próżne. 10) Na lewym łokciu otarcie skóry, skrzepłą krwią pokryte, wielkości 4-ro centówki, nacięcie zrobione w tem miejscu wykazuje naciek krwawy skóry i tkanki łącznéj aż do kości. 11) Na grzbiecie ręki lewéj nad stawem śródręcza otarcie skóry wielkości centa, czerwoną zaschłą krwią pokryte, nacięcie w tem miejscu zrobione wykazuje naciek podskórny krwawy, sięgający aż do więzadeł śródręcza. 12) Na grzbiecie oprócz wyżéj wymienionych plam pośmiertnych nic nie znaleziono. 13) Otwór stolcowy zamknięty. Części płciowe normalne. Zresztą przy przedsięwzięciu powtórnych jak najdokładniejszych oględzin zewnętrznych żadnych więcéj śladów uszkodzeń ani skaleczeń nie spostrzeżono.

B) Oględziny wewnętrzne: 14) Przy zdjęciu skóry z czaszki widzimy wewnętrzną stronę skóry różowo zabarwioną. Odpowiednio do otarcia skóry i rany pod Nr. 4 protok. opisanéj, jest skóra po wewnętrznéj stronie krwią nabiegła, okostna czaszki w tem miejscu także krwią nastrzykana. Po odjęciu okostnéj widzimy kość czołową obnażoną, różowo zabarwioną, nigdzie nie pękniętą. 15) Szwy czaszkowe prawie zupełnie zarośnięte. 16) Kość czaszkowa twarda, w przecięciu 4 do 5 mm. gruba, daje się z trudnością przepiłować. 17) Twarda opona mózgowa po zewnętrznej stronie gładka, nieco przeźroczysta. Przetoka podłużna nieco ciemną płynną krwią napełniona. 18) Po wyjęciu mózgu okazują się nam wewnętrzne ściany kości czaszkowéj różowe, nigdzie a osobliwie w miejscu odpowiadającem zranieniu pod Nr. 5 opisanemu nie zaczerwienione, całe i nigdzie nie pęknięte. Sklepienie czaszki oglądane do światła jest bardzo mało przeźroczyste i nigdzie nie pęknięte. 19) Przy wyjmowaniu mózgu nie spostrzeżono na podstawie tegoż żadnéj cieczy ani krwawych wybroczyn. Opona miękka mózgowa zupełnie normalna. 20) Mózg zmarznięty, dosyć twardy, krając go czujemy pod nożem lód. Istota szara i rdzeniowa bardzo mało krwią nastrzykana, normalna. W jamach mózgowych maleńkie ich kształtom odpowiednie kawałki lodu, móżdżek i rdzeń przedłużony zupełnie normalne. 21) Po odpreparowaniu i odjęciu kości mostkowéj widzimy z wierzchu przeponę, stojącą obustronnie między 4 a 5 żebrem. 22) Zewnętrzne oglądanie osierdzia przedstawia nam jedną blado-żółtą masę, gdzieniegdzie naczyniami krwionośnemi poprzecinaną. Po otwarciu osierdzia, które wewnątrz żadnéj cieczy nie zawiera i składa się całe z jednéj powłoki tłuszczowéj, widzimy serce małe, wiotkie, komory obie i przedsionki zapadnięte, blado-wiśniowe. Mięsień sercowy kruchy, łatwo dający się rozerwać, na ostrzu od noża przy przecięciu widać powłokę tłuszczową. Wsierdzie także tłuszczem obłożone. Komory sercowe i przedsionki próżne. 23) Wielkie naczynia krwionośne piersi zawierają nieco ciemnoczerwonéj płynnéj krwi, ściany ich normalne. 24) Lewe płuco ku tyłowi nieco przyrośnięte, po wierzchu czarnowiśniowe. Przy przekroju widzimy miąższ płuc miękki i trzeszczący przy ucisku. Barwa miąższu płuc jest ciemnowiśniowo fijoletowa a na przekroju wydziela wiele ciemnowiśniowéj pienistej cieczy. Prawe płuco całkiem przyrośnięte po wierzchu ciemno-wiśniowe, miąższ jego taki sam jak lewego płuca, wydziela wiele ciemnéj pienistéj cieczy. 25) Tchawica i krtań nigdzie nie uszkodzona, błona śluzowa wewnątrz blado-różowa, na wierzchu zawiera nieco różowego pienistego śluzu. 26) Przełyk normalny, błona śluzowa blado różowa, nigdzie żadnych uszkodzeń nie widać; w jamie ustnéj wszystko normalne. 27) Przy powtórnem dokładnem badaniu jamy piersiowéj znaleziono po lewéj stronie 5-te i 6-te żebro zupełnie złamane, pionowo, odpowiednio do linii sutkowéj, t. j. 5-te w odległości oo mostka o 10 ctm. a 6-te w odległości 7 ctm. od mostka. Na około tego złamania widzimy na mięśniach śródżebrowych czyli międzyżebrowych oraz na błonie opłucnéj ściennéj naciek krwi nie bardzo rozległy. 28) Otrzewna jest gęsto kuleczkami tłuszczu okryta, zresztą normalna. 29) Śledziona w dwójnasób prawie powiększona, po wierzchu koloru ciemno fijoletowo wiśniowego, miąższ jéj przy rozcięciu rozlewa się w ciemną gęstą bryjkę. 30) Wątroba znacznie powiększona, po wierzchu ceglastobrunatna, gładka, przy przecięciu krucha, na nożu widać ciałka tłuszczu. Pęcherz żółciowy zawiera około 30 grm. ciemno-żółtéj żółci. 31) Żołądek nieco rozdęty, zawiera około $^3/_4$ litra niestrawionych pokarmów (ziemniaki i żur), błona jego śluzowa normalna. 32) Jelita cienkie i grube zawierają niestrawiony kał, zresztą normalne. 33) Nerki tłuszczem obrośnięte, miąższ tychże nieco przekrwiony. 34) Pęcherz moczowy skurczony, zawiera około 10 grm. jasnego moczu. 35) Powtarzając po raz trzeci oględziny zewnętrzne, spostrzegliśmy, że u obu rąk palce 3-ci, 4-ty i 5-ty są zamknięte, nie dają się wyprostować i w stawach zrośnięte (*ankylosis*), cośmy początkowo za objaw pośmiertny uważali.

Orzeczenie. Na osobie denata znaleźliśmy następujące uszkodzenia: Wybroczynę krwistą na czole (4 i 14), taką samą na nosie (7), lewym łokciu (10), na grzbiecie lewéj ręki (11) i złamanie 5 i 6-go żebra po stronie lewéj (27). Żadne z tych uszkodzeń nie mogło być bezpośrednio przyczyną gwałtownéj śmierci denata. Z objawów zaś patologicznych, które spostrzegliśmy, wymieniamy stłuszczenie serca (22) przekrwienie i obrzęk ostry płuc (24), stłuszczenie wątroby (30) i stłuszczenie nerek (33). Na podstawie wyż wymienionych objawów orzekamy przeto, że ostateczną przyczyną śmierci denata było porażenie serca czyli udar sercowy, do którego był usposobiony, mając słuszczenie tegoż organu, wskutek notorycznego używania alkoholu od młodości, aż do podeszłego wieku. Że uszkodzenia denatowi zadane, przyczyniły się pośrednio do wywołania tego udaru sercowego stanowczo zaprzeczyć nie możemy, gdyż doświadczenie lekarskie nam wykazuje, że tyle i takich obrażeń, dokonanych wśród emocyi psychicznéj i prawdopodobnego wysiłku fizycznego na starcu 70-letnim, cierpiącym na stłu-

szczenie serca, mogło z wielkiem prawdopodobieństwem być pośrednią przyczyną śmierci. Uszkodzenie pod 4, 7, 10 i 11, stanowią każde z osobna i wszystkie razem wzięte, obrażenie cielesne lekkie, inaczéj atoli rzecz się ma z uszkodzeniem pod l. 27 opisanem, t. j. ze złamaniem żeber, które u człowieka w podeszłym wieku byłyby z pewnością wywołały objawy zapalenia opłucny i płuc, a zatem choroby ciężkie trwające dłużéj 20 dni, przeto uważamy obrażenie opisane pod l. 27, jakoteż uszkodzenia pod l. 4, 7, 10 i 11, ze względu na ich ilość i narzędzia, któremi były zadane (motyką), a jako zadane starcowi przeszło 70 letniemu, za ciężkie uszkodzenie ciała. Co jako zgodne . . . i t. d.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Wassermann i Proskauer: **O toksalbuminach prątków błonicowych.**

Autorowie poddali próbie doświadczenia Briegera i Fränkla, którzy przedstawili istoty zupełnie oddzielone od prątków błonicowych zwane przez nich toksalbuminami. Oddzieliwszy zapomocą dyjalizatora z kultury bulionowéj peptony i globuliny, które okazały się wcale nietrujące, otrzymano oddzielnie zapomocą alkoholu 60% i absolutnego dwa ciała, które suszone w próżni przy ciepłocie 37° zachowywały się podobnie jak ciała opisane przez Briegera i Fränkla. Ciało otrzymane zapomocą alkoholu rozcieńczonego przedstawiało drobnoziarnisty, biały proszek, drugie zaś grubsze, bezpostaciowe, żółte i brunatne ziarenka. Oba były łatwo rozpuszczalne w wodzie, a roztwór dawał typowe oddziaływania istot białkowatych. Analiza pierwiastkowa ciała białego po odciągnięciu popiołu była następująca: C = 44, 82%, H = 6, 91%, N = 16, 18%, S = 1, 69%. O = 30, 40%. — Cyfry te różnią się mało od cyfr podanych przez Briegera, a różnicę trzeba tylko przypisać trudności w otrzymaniu tego ciała. Tylko proszek biały miał własności trujące. W kulturach, nie mających działania trującego ciało żółte znajdowało się w wielkiéj ilości, drugie w b. małéj. W kulturach trujących stosunek był odwrotny. Po większéj dawce śmierć prędzéj następowała. Sekcyja wykazywała zawsze zwyrodnienie tłuszczowe wątroby, obrzmienie nadnerczy, zapalenie nerek hydrothorax, rzadziéj ascites; objawów silniejszego podrażnienia miejscowego nie było. Jadowitość nie była zresztą stałą, dlatego dawki minimalnéj nie mogą podać. Najmniejsza dawka śmiertelna, działająca dopiéro po dwu miesiącach wynosiła 3 mg. na 1 kg. ciężaru ciała. Jad potrzebuje do swego działania dłuższego czasu, zazwyczaj około 2—3 tygodni, podczas których zwierzęta (króliki) chudną, przyjmują mało pokarmów, a czasem występuje niedowład tylnych kończyn.

Autorowie również usiłowali otrzymać podobne ciała z narządów wewnętrznych i krwi zwierząt zdechłych po zaszczepieniu hodowli błonicowych i to zapomocą wyciągu z rozdrobnionych narządów w mięszaninie z gliceryny i 0· 6% roztworu soli kuchennéj. Otrzymali jednak tylko jednę istotę w b. małéj ilości, która po wysuszeniu w próżni przy 37° przedstawiała delikatny proszek, dający w roztworze wodnym reakcyje istot białkowatych i była jeszcze bardziéj trującą, niż ciało otrzymane z sztucznéj hodowli, bo mniéj niż 1 mg. zabijało króliki. — Pod względem wpływu wielkości dawki na szybkość śmierci, pod względem stałości jadowitości, długości tz. stad. incubationis, jakoteż objawów chorobowych zachowywało się to ciało podobnie jak poprzednie. I obraz sekcyjny był podobny: nerki przedstawiały obraz zapalenia podobnego do błonicowego; i był także brak miejscowego podrażnienia, tworzenia się błon i nacieku krwawego, które to objawy autorowie przypisują obecności żyjących komórek w tkance.

Autorowie badali też co do możności wywołania odporności zapomocą tych 3 ciał w różnym stosunku ilościowym, ale nie mogli stwierdzić żadnego wpływu ich na następne zakażenie.

Ponieważ toksalbuminów nie otrzymano dotychczas w stanie chemicznie czystym, uważają je autorowie za albumozy i przypuszczają, że reakcyja białkowata toksalbuminów pochodzi od albumoz zawartych w bulijonie, a przechodzących do osadu; jadowitość ich pochodzi od również osadzonego, a nie chemicznie, lecz mechanicznie połączonego jadu. Tak téj okoliczności, jakotéż wielkiéj skłonności jadu do rozkładu, zwłaszcza pod wpływem alkoholu, a nawet przy suszeniu w próżni przypisują autorowie niestałość jadowitości toksalbuminów. Gdy jednak jest większa ilość jadu, wtedy osad zamykający niejako jad i chroniący go od wpływu alkoholu jest większy i dlatego cały jad nie ulega wtedy rozpadowi.

Że właściwy jad błonicowy jest ciałem białkowatém, jest rzeczą możebną, ale jeszcze nie udowodnioną. W każdym razie otrzymanie toksalbuminów należy uważać za postęp w wykazaniu chemizmu drobnoustrojów, to Briegerowi i Fränklowi udało się otrzymać istoty, które działają jeszcze bardziéj trująco i typowo, niż toksyny. — (*Deut. med. Wochenschr. 1891. N. 17*) *D. F.*

Farmakologija.

Heinz: **O sposobie użycia dermatolu.**

Na rany mało wydzielające, uszkodzenia świeże wystarczy stosować dermatol w proszku za pomocą rozpylacza, przyczem nie należy co do ilości przestrzegać żadnych środków ostrożności. Na poty nóg dobrze działa: *dermatol. 20·0, talc. venet. 70·0. Amyl 10·0*; na ranki mniejsze 10% roztworu kolodyjonu. Dla rozległych wrzodów jest wskazana maść dermatolowa 1 : 10, a gaza dermatolowa ma tę wyższość przed innemi, że da się wyjałowić. (*Wr. med Presse* Nr. 29). *Dr. Ebersohn.*

Lemoine: *Syringa vulgaris* **jako środek moczopędny.**

L. doświadczał w wielu przypadkach u chorych korę bzu tureckiego z wyśmienitym skutkiem zgodnie z autorami dawniejszymi. Garść pełną świeżéj kory wygotował w 1 litrze wody do ¼ części, dodał *Syr. sacchar.* i mięty pieprzowéj. Odwar ten zalecał chorym przez 24 godzin wypić, i używać leku przez czas dłuższy. Lek ten niewywoływał potów lecz znaczne wydzielanie moczu i silną biegunkę.

Jest to wyborny środek moczopędny przeciw puchlinie, w ogóle w wadach serca i chorobach nerkowych. Ilość moczu dzienna zwiększała się w 3—4 dniach od 400 aż do 2—3—3500 gramów, późniéj powoli zmniejsza się ilość moczu. Bardzo skutecznym okazał się ten lek w zapaleniu nerek nawałowem, puchlinie z powodu wady sercowéj zwłaszcza gdy chorzy naparstnicy nieznoszą. Lek ten jest wcale nieszkodliwym i pędzi mocz przez drażnienie przybłonka nerkowego. U niektórych chorych (*Cystovarium — Ascites — Cirrhosis hepatis*) puchlina wprawdzie opadła, lecz w krótce na powrót się zjawiła. Jeden chory dostał po dłuższém użyciu tego leku małych czyraków a inny pokrzywki. Lek ten zapomniany zjawia się znowu na horyzoncie medycznym i zasługuje na dalsze badanie chemiczne i fizyjologiczne (*Gaz. med. de Paris* 1890. 24. *Centralb. f. Klin Med. 1891. 14*).
Karol Reiss z Dukli.

Choroby wewnętrzne.

Hirsch (Cieplice): **O błonicy i jéj leczeniu.**

Pod powyższym tytułem wyszła nakładem W. Engelmanna (Lipsk 1891) rozprawka, w któréj autor poleca, — opierając się na fakcie ogólnie znanym, że drobnoustroje są zdolne do życia i rozmnażania tylko na pożywce alkalicznéj lub obojętnéj, podczas gdy kwasy je zabijają,— stosować w błonicy ocet jako zawierający kwas najmniéj szkodliwy dla ustroju, nie trujący i dobrze odwietrzający. Sposób użycia: czysty ocet winny gotuje się do wrzenia i dolewa się wody, dla dzieci ⅔, dla dorosłych połowę. Tym roztworem zmywa się, nie nacierając zbyt silnie podudzie i uda z wyjątkiem zagubu kolanowego, co 2 godziny. Obok tego daje

się chinin z chloranem potasowym, a do płukania ocet (1—2 łyżek na szklankę wody). Pod wpływem tego leczenia widział autor już na trzeci dzień spadek ciepłoty, a błony wrzekome i obrzmienia gruczołów znikały w krótkim czasie. Przeciwskazanie do leczenia octem stanowi nieprawidłowo nizka ciepłota ciała. *Dr. Ebersohn.*

Senator: O moczu czarnym i puchlinie czarnej.

Prof. S. opisując liczne przypadki, wspomina, że dość często się zdarza, że mocz z początku więcej lub mniej ciemny, z powodu działania powietrza przechodzi barwy coraz ciemniejsze, okazując się w końcu czarnym. Eiselt i inni uznali, oparci na dokładnem badaniu chemicznem, że mocz w melanuryi czernieje wskutek wpływu powietrza lub, co rozbiór chemiczny wykazał, za dodaniem kwasu azotowego lub chromowego. Próba ta jednak nie ma żadnego związku z obrzękami melanuryi, gdyż barwa czarna zależy jedynie od barwików: indykanu, barwika żółci i krwi. S. sądzi, że zdarzają się przypadki, w których w obec melanuryi mocz niema żadnych poprzód opisanych własności. Jako ważne podaje S. przypadki, w których nie mając oznak próby Eiselta, wykazać można było barwniki melonamowe lub melanogowe z powodu guza barwnikowego. S. opisuje wreszcie przypadek ciekawy, w którym za życia okazała się puchlina brzuszna a melanuryję stwierdzono badaniem chemicznem. Płyn przez przekłucie uzyskany był mętny ciemno-brunatny, w osadach czarnobrunatny, mocno pieniący, oddziaływał alkalicznie o c. g. 1023, kwas azotowy, chromowy, woda brorowa nie oddziaływały na barwę ciemniejszą. Po kilku dniach okazał się w naczyniu zimno utrzymanem osad ciemnawy. Badanie mikroskopowe stwterdziło obecność ciałek krwi, komórek lymfoidowych śródbłonka, przeważnie małe czarne bezkształtne ciałka okrągławe. Osad w ługu potasowym uważony i przecedzony okazał proszek czarny. (*Charité Annalen XV. Jahr. 1890. Centralbl. f. klin. Med.* 1891, Nr. 22). *Dr. Karol Reiss w Dukli.*

Olliver (Kanada): O nowym objawie tętniaka łuku aorty.

Objaw ten fizyczny występuje w następujący sposób: Choremu w pozycyi stojącej każemy szyję mocno naprzód wyciągnąć a usta zamknąć; następnie ująwszy palcem wskazującym i dużym chrząstkę pierścieniową, wypychamy takową ku górze, naciągając tem samem tchawicę. W tem położeniu czujemy dokładnie pod palcami tętnienie tętniaka, które się im udziela przez tchawicę. Objaw rzeczony występuje tylko w tętniaku łuku aorty a dodać należy, że samo uciskanie krtani lub tchawicy nie wywoływa go. (*Wr. med. Presse* 1891, Nr. 20. *Dr. Ebersohn.*

Choroby uszne.

Prof. Kirchner (Würzburg): O wybroczynach w strunie bębenkowej.

W przewlekłych ropnych zapaleniach jamy bębenkowej nierzadkiem jest równoczesne zajęcie struny bębenkowej, ale też w ostrych zapaleniach wyższego lub niższego stopnia można stwierdzić zaburzenia w uczuciu smaku, które bez wątpienia należy odnosić do uszkodzenia struny bęb. I tak udało się autorowi wykazać u dziecka 13-letniego, zmarłego z błonicy gardła i krtani, za pomocą metody Weigerta prawdziwe błonicowe zapalenie jamy bębenkowej, które się wytworzyło w następstwie błonicy gardła. Przy badaniu struny bębenkowej okazało się osobliwe wynaczynienie w osłonie nerwowej, które ucisnęło nerw do połowy jego przekroju. Błona śluzowa struny bęb. przedstawiała się zgrubiałą a szczególnie w okolicy naczyń nasiekłą licznemi komórkami okrągłemi. W jednem miejscu, między przybłonkiem błony śluz. i osłonką nerwową struny bęb. znajdował się zbity, drobnokomórkowy naciek, w którego środku już można było rozpoznać rozpad nekrotyczny pierwiastków komórkowych. — (*Internat. klin. Rundschau*, Nr. 38, 1890). *Dr. Spira.*

IV. Sprawozdanie z VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich od 16 do 21 lipca 1891 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34).

Nastąpił wykład Dra Arnsteina: „O biegunce letniej u dzieci (*Cholera infantum*) pod względem etyjologicznym i leczniczym“.

Jako główny moment w etyjologii tej choroby uważa prelegent wysoką ciepłotę otoczenia, przytaczając własne pod tym względem spostrzeżenia. Co do przyczyny bakteryjologicznej, to badania rozliczne dowodzą, że w cholerze dziecięcej nie mamy do czynienia z żadnym swoistym chorobotwórczy mmikroorganizmem, lecz z mnóstwem drobnoustrojów, działających na mleko w ten sposób, że wywołują fermentacyję kwaśną i rozpad części składowych mleka. Powstałe przy tym rozpadzie toksyny stanowią bezpośrednią przyczynę choroby. Rozpad mleka odbywa się nie tylko w ustroju, ale jeszcze poza ustrojem tak, że można przypuścić, iż cholera dzieci jest pochodzenia pokarmowego, a nie pasorzytniczego; nie jest ona chorobą zakaźną, tem mniej zaraźliwą, lecz jest otruciem, intoksykacyją. Biegunka letnia jest najczęstszą u dzieci sztucznie karmionych, lub u dzieci odstawionych od piersi w porze upałów letnich. Badanie anatomiczne wykazuje brak zmian nieżytowych na błonie śluzowej żołądka i jelit. Co do przebiegu i objawów, okazuje cholera dzieci wielką rozmaitość. Dr. A. odróżnia dwie główne postacie: biegunkę letnią bez objawów zapadu i cholerę dziecięcą w ścisłem znaczeniu wyrazu. Obie te postacie są tego samego pochodzenia. Mylnem jest dawniejsze zapatrywanie, jakoby ta choroba była odmianą kataru kiszkowego. Biegunka i wymioty nie są następstwem podrażnienia zapalnego, lecz są wyrazem podrażnienia, a następnie porażenia zakończeń nerwowych przez toksynę. Co do leczenia, to skutecznem ono być może tylko w przypadkach niezaniedbanych, spóźnione pozostają najczęściej bez skutku.

Pierwsze miejsce zajmuje leczenie dyjetetyczne, usunięcie mleka nawet matczynego. Gdy to nie wystarcza, wskazane są leki przeciwgnilne, a najlepsze usługi w biegunce letniej oddawał prelegentowi salicylan bizmutu w dawkach 2—5 gr.; w cholerze dziecięcej już rozwiniętej jest on bezskutecznym. Dzielnym środkiem są także przepłukiwania jelit roztworem kwasu borowego; przepłukiwań żołądka dr. A. nie stosował, uważając je za nic racyjonalne. Wobec rozwiniętej cholery jesteśmy prawie bezsilni.

W dyskusyi Dr. Szumann zwraca uwagę, że są przypadki, w których cholera rozwija się nie na tle drobnoustrojów, lecz samoistnie. Co do leczenia nie zgadza się z prelegentem na bezwzględne usuwanie mleka. Stosując rezorcynę wewnętrznie, lub też przepłukując roztworem 0·1 na 500 żołądek, otrzymał mowca bardzo dobre wyniki.

Dr. Przychocki również nie radzi usuwać mleka, jakkolwiek ono jest przyczyną cholery. W przypadkach rozpaczliwych udaje się czasem usunąć objawy cholery przez podawanie mleka alkalizowanego wodą wapienną.

Dr. Arnstein zwraca uwagę, że przy podawaniu rezorcyny znaczna część tego środka zostaje wydaloną. Mleko, zdaniem jego, w każdym razie usunąć należy, zwłaszcza że w przypadkach wymiotów i tak w żołądku nie wiele go pozostanie. Kilkodniowa dyjeta szkody wielkiej dzieciom nie przynosi, wreszcie kładzie mowca nacisk na moment zapobiegawczy, mianowicie na to, aby działać przeciw zwyczajowi odstawiania dzieci od piersi w porze letniej.

Wykład Dra Biegańskiego: „O zakładaniu pracowni klinicznych, mikroskopowo-chemicznych w szpitalach prowincyjonalnych.“

Prelegent zaleca zakładanie przy szpitalach prowincyjonalnych pracowni klinicznych, któreby mogły być przystępne dla lekarzy w danej miejscowości praktykujących. Pracownię taką założył już sam i od kilku lat ją uzupełnia przy szpitalu w Częstochowie i z własnego doświadczenia wie, że koszta urządzenia nie są zbyt wielkie. Po wyliczeniu przyrządów, odczynników i barwików potrzebnych w ta-

kiéj pracowni wskazuje na źródło dochodów, jak dobrowolne datki od chorych przychodnich i t. d.

W dyskusyi Dr. Dunin zgadza się z prelegentem, że kwestyja jest bardzo ważną, często bowiem koledzy prowincyjonalni zwracają się do zakładów naukowych ze sprawami, któreby sami załatwić mogli. Że takie pracownie nawet prywatnie urządzić można, zaszczytnym tego dowodem są pracownie Dra Bujwida w Warszawie i Dra Karlińskiego w Hercogowinie. Przedewszystkiem zaś kładzie Dr D. nacisk na to, aby lekarze po ukończeniu uniwersyteckich studyjów przynajmniéj przez jeden rok wprawiali się w większym szpitalu do wszystkich sposobów klinicznego badania.

Sekcyja chirurgiczna.

Posiedzenie II dnia 18 lipca przed południem odbyło się w klinice chirurgicznéj. Przewodniczył Dr. Szuman z Torunia.

I. wykład Dra Ziembickiego: „Dwadzieścia przypadków wysokiego cięcia pęcherza, wskazania, wyniki.“

Prelegent dzieli operowanych przez siebie na kilka grup: pierwsza obejmuje 10 przypadków, w których wskazaniem do operacyi były kamienie pęcherzowe. W 9 przypadkach po wyjęciu kamienia stosowano leczenie otwarte; bez szycia, zakładając sączek, w jednym tylko założono szew pęcherzowy; rana zagoiła się przez rychłozrost pomimo warunków nie najlepszych. Wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie. Dr. Z. woli operować zaotrzewnowo, niż metodą Rydygiera (*sectio alta per laparotomiam*), która jakkolwiek jest bardzo piękną, jednak jak każda laparatomija więcéj chorego naraża. W drugiéj grupie znajduje się jeden przypadek, w którym z powodu urazu, złamania kości łonowéj, pęknięcia cewki, nastąpiło zatrzymanie moczu, które prelegenta zmusiło do wykonania wysokiego cięcia. Chory wyzdrowiał po 11 dniach. Trzecią grupę tworzy znowu jeden przypadek: nowotwór pęcherza; po otwarciu pęcherza przekonano się, że guz nie da się oddzielić.

Czwarta grupa: *sectio alta* dla ułatwienia operacyi przetoki pęcherzowo-pochwowéj, 1 przypadek; leczenie bezskuteczne. Dalszą grupę stanowią przypadki (2) przerostu gruczołu krokowego, w których prelegent (w jednym przypadkowo, z powodu braku przyrządu do punkcyi) z bardzo pomyślnym wynikiem cięcie wysokie wykonał. Nie jest Dr Z. za resekcyją gruczołu krokowego dlatego, że narząd ten nie jest jedynie chorym u prostatyków, lecz mamy tu do czynienia ze zmienionym całym narządem moczowym, jak to ilustruje przypadek, w którym pomimo wykonania *sectio alta*, chory umarł z pyemii wywołanéj pęknięciem jednego z uchyłków pęcherzowych do jamy otrzewnowéj. Ostatnią grupę obejmują 3 przypadki ostrego zapalenia pęcherza, które wszystkie zakończyły się wyzdrowieniem, pomimo, że w jednym przypadku zajęte już były także miedniczki nerkowe i chory znajdował się w agonii. *Sectio alta* w zapaleniu pęcherza znosi parcie, bóle, pozwala należycie oczyszczać pęcherz, i nietylko broni przystępu sprawie zapalnéj do dróg moczowych wyższych, ale leczy zapalenie, jeżeli już tam się przeniosło. Prelegent uważa w tych przypadkach pęcherz za ropień, który jak każdy inny ropień przeciąć i sączkować potrzeba.

W dyskusyi bardzo ożywionéj zabiera głos prof. Rydygier w obronie swojego sposobu operowania. Jakkolwiek w obec dobrych wyników Dra Ziembickiego zdawałaby się zbyteczną nowa metoda, to jednak do niedawna liczono jeszcze 18% śmiertelności po *sectio alta extraperitonealis*. Wdzięczny jest mowca drowi Schrammowi, że do 5 przez siebie operowanych dodał dwa, w których tą metodą się posługiwał. Wszystkie dotąd skończyły się pomyślnie. Najlepsze usługi może *s. alta intraperiton.* oddać wobec nowotworów pęcherza. Wykluczyć ją należy wobec zapalenia ropnego pęcherza; wogóle dalsze doświadczenia mogą dopiero pouczyć, w których przypadkach rzeczona metoda jest wskazaną.

Z kolei przemawia prof. Obaliński za sposobem Rydygiera, uważając go za idealny, jeżeli przypadek jest odpowiedni i jeżeli szew jest dokładnie założony. Podnosi także zalety innych metod operowania jak *sectio mediana* i litotrypsyi, która w niektórych przypadkach może znamienite oddać usługi, a ma tę korzyść, że jest zabiegiem bardzo nieznacznym. Wreszcie i resekcyję gruczołu pęcherzowego i ewakuacyję pęcherza zapomocą trójgrańca stosował mowca z pomyślnym skutkiem. Gdzie zaś oprócz pęcherza i gruczołu krokowego zajęte są nerki, tam nietylko ani resekcyja ani ewakuacyja, ale i *sectio alta* nic nie pomoże.

Dr Dembowski wspomina o *sectio mediana* wykonanéj przez Dra Jasińskiego w Warszawie w 14 przypadkach z pomyślnym rezultatem.

Prof. Kosiński nie przemawiając przeciw *sectio alta*, którą sam dawniéj bardzo chętnie wykonywał, oddaje jednak pierwszeństwo sposobom kruszenia kamieni, a głównie litolapaksyi, którą znowu obecnie z szczególnym upodobaniem wykonywa. Najważniejszą rzeczą jest wyrobienie sobie krytycznego poglądu, jaki rodzaj zabiegu będzie w danym przypadku najracyjonalniejszy.

Prof. Obaliński na wzmiankę uczynioną przez dra Dembowskiego o cięciu bocznem, zwraca uwagę na niekorzyści téj operacyi: łatwość uszkodzenia otrzewnéj lub kiszki stolcowéj, i łatwość wywołania krwotoku przez przecięcie jakiegoś większego naczynia.

W końcu prelegent odpowiada na zapytanie dra Szumana, dlaczego w przypadku uchyłku pęcherza nie wykonał operacyi Rydygiera, że w tym przypadku były trzy uchyłki, i musianoby chyba pęcherz cały wyłuszczyć.

Nastąpił wykład dra Wehra: „O *molluscum contagiosum*“.

Na mocy badania dokonanego na jednym przypadku „*molluscum contag.*“ potwierdza prelegent wnioski, które Neisser w pracy swojéj wysnuwa, a które streścić się dają w tem, że punktem wyjścia tego nowotworu jest *rete Malpighi*, nie zaś gruczoł łojowy, jak to sądzi Kaposi, który nadto nie uznaje zaraźliwości téj choroby, jakkolwiek istnieją spostrzeżenia za zakaźnością przemawiające.

W dyskusyi prof. Rosner tłomaczy, dlaczego Kaposi odmawia téj chorobie zaraźliwości. Obaj jako asystenci Hebry, mieli dość wiele sposobności widzenia licznych przypadków téj choroby skórnéj, nigdy jednak nie można było wykazać przypadku zarażenia.

Dr. Garsztka przemawia również przeciw zaraźliwości *molluscum contagiosum.*

Dr. Jabłoński opowiada o przypadku *molluscum* na nosie i innych częściach twarzy operowanym przez siebie z pomyślnym rezultatem.

Wykład dra Szumanna: Przyczynek do kazuistyki wycięcia nerki gruźliczéj.

Po zestawieniu wyników dotychczasowych wycięcia nerki, mówi prelegent o objawach gruźlicy nerkowéj, zwracając przytem uwagę, że inne są objawy gdy gruźlica zajmuje zewnętrzne warstwy miąższu nerkowego, a inne gdy ropień gruźliczy przebije miedniczkę nerkową. Następnie podaje przebieg operowanego z pomyślnym wynikiem przez siebie przypadku i demonstruje wyciętą nerkę, znacznie powiększoną i zawierającą rozległą jamę gruźliczą.

W dyskusyi nad tym przedmiotem prof. Kosiński opowiada o dwóch przypadkach, w których wykonywał operacyję z powodu gruźlicy nerki. W jednym z nich przebieg choroby był bardzo długi, bo ciągnął się przez 4 lata. Podczas operacyi spostrzeżono, że moczowód ma ściany zgrubiałe, jednakże wyciąć go nie można było. Obecnie w 3 lata po operacyi, chora ma się bardzo dobrze, jednakże w moczu znachodzi się zawsze ropa i wskutek tego prof. K. podejrzywa, że i druga nerka jest zajętą. Mowca zwraca uwagę na powolny przebieg choroby i na to, że gruźlica narządu moczopłciowego nie jest tak niebezpieczną, aby odrazu rokowanie co do życia miało być niepomyślne.

Prof. Obaliński prosi członków sekcyi o wypowiedzenie swego zdania co do sposobu operowania. Sam jest

za operacyją transperytonealną, jako dającą możność przekonania się o stanie drugiej nerki, co n. p. w przypadku wspomnianym przez prof. Kosińskiego było pożądanem.

Dr. Ziembicki sądzi, że sposób operowania wybierać należy zależnie od jakości guzów. Przy operacyjach zaotrzewnowych najczęściéj pomimo woli albo też z musu przecina się otrzewnę.

Prof. Kosiński, który wykonał 7 nefrektomij, przytacza przykład dowodzący, że zaotrzewnowo bez uszkodzenia otrzewny łatwo operacyję wykonać można.

Dr. Garsztka na podstawie wykonanych przez siebie kilkuset obdukcyj twierdzi, że jeżeli jedna nerka jest gruźlicą zajęta, to zwykle i w drugiéj są ślady gruźlicy. Dlatego dr. G. jest zatem, aby wskazanie do wyłuszczenia nerki ograniczyć do najrozpaczliwszych przypadków, tem bardziéj, że z operacyją tą łączy się niezmierny upływ krwi, który suchotnicy z trudnością znoszą.

Dr. Szuman sprzeciwia się temu twierdząc, że przy obdukcyi dlatego znajdujemy gruźlicę ogólną, że chorzy nie umierają z gruźlicy nerek, lecz późniéj po rozszerzeniu się choroby na inne narządy. Wycięcie nerki gruźliczéj, jak dowodzi statystyka, nie daje złego rokowania.

Zabierają głos jeszcze proff. Obaliński i Kosiński i dr. Szuman w sprawie wyboru sposobu operowania.

W końcu demonstrował doc. Trzebicky na preparatach injekcyjnych: Stosunki anatomo-chirurgiczne odbytnicy.

W dyskusyi nad tym przedmiotem przemawiają drowie Wehr, Wołkowicz i Kijewski.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekcyja ginekologiczna.

Posiedzenie II. dnia 18 lipca przed południem.
Przewodniczący prof. Tyrchowski.

Prof. Mars wygłasza odczyt: „O gruczolaku złośliwym macicy (*adenoma destruens*)“, okazując odnośne preparaty.

Zacytowawszy obszerną literaturę, z któréj widać, że dotąd autorowie nie zgodzili się na jednę nazwę tego samego utworu pod różnem mianem opisywanego, przechodzi prelegent do opisu 3 swoich przypadków, z których, jak się wyraża prof. M., przebija troistość zależnie od tego, jak się zachowują 3 składnicze tkanki macicy. Jeden z tych przypadków operował Mikulicz z niepomyślnem zejściem, w drugim prelegent wyciął macicę z wynikiem bardzo dobrym. Wnioski, jakie mowca z badań swoich wysnuwa, są następujące: Gruczolak złośliwy może przedstawiać co do budowy różne obrazy; co do złośliwości stoi w pośrodku między nowotworami dobrotliwemi a złośliwemi; wzrasta powoli. Co do leczenia, to gdy gruczolak nie da się doszczętnie usunąć, należy bez zwłoki przystąpić do wycięcia macicy.

W rozprawie nad tym przedmiotem dr. Kohn zwraca uwagę na to, że jądra w komórkach tych tworów są wielkie i znajduje się ich po kilka w każdéj komórce, okoliczność tę uważa dr. K. za cechującą dla nowotworów złośliwych. Co do nazwy to jeden preparat uważa za raka, drugi za raka brodawkowatego.

Dr. Święcicki proponuje, aby nazywać nowotwór omawiany gruczolakiem, gdy okazuje charakter dobrotliwy, a rakiem, gdy jest złośliwym.

II. wykład Dra Święcickiego p. t.: „Przyczynek do prawa peryjodyczności w przyrodzie i życiu“ był umieszczony w Nrze 32 „Przeglądu Lekarskiego“.

III. wykład. Dr. Borysowicz z Warszawy: „Siodełkowate odcięcie części pochwowéj macicy (*amputatio partial. sellatiformis port. vag. uteri*)“.

Zestawiwszy wskazania do amputacyi części pochwowéj macicy i sposoby wykonania téj operacyi, wylicza wady najczęściéj obecnie używanej metody odcięcia klinowatego (długie trwanie operacyi, silne krwawienie, zniekształtnienie części pochwowéj, niezrastanie się bezpośrednie bł. śluzowéj pochwy z bł. śluzową szyjki, wywinięcie bł. śluzowéj szyjki), podaje prelegent szczegółowy opis swéj metody operowania, ilustrując takowy okazywanemi odlewami. Sposób przez Dr. B. podany, polega na wycięciu z boków części pochwowéj trójkątnych symetrycznych pyramid, dla ścieńczenia pozostającego po operacyi kikuta, oraz dla zmniejszenia nadmiaru błony śluzowéj pochwy. Dopiero po wycięciu tych pyramid i zeszyciu ran, przez to wycięcie utworzonych odejmuje się część pochwową za pomocą dwóch cięć, przedniego i tylnego, spotykających się z sobą w środku kanału szyi macicy pod kątem rozwartym zwróconym na zewnątrz. Operacyja daje się wykonać łatwo i prędko, krwawienie jest nieznaczne, gojenie się szybkie i brak zniekształtnienia części pochwowéj.

W dyskusyi zabierają głos Drowie Bylicki, Kohn i Święcicki przyrzekając, że przy najbliższéj sposobności wykonają tę operacyję, gdyż z opisu wydaje się, że zupełnie odpowiada celowi, czego o innych metodach powiedzieć nie można.

Dr. Thieme, który był świadkiem wykonywania operacyi przez prelegenta i sam takową wykonywał, poleca ją do wypróbowania.

Wykład dra Święckiego: O zupełnych zrostach pochwy i ich leczeniu operacyjnem.

Prelegent opisuje przypadek zarośnięcia pochwy po porodzie kleszczowym, w którym przeciął bliznę i wykonał transplantacyję błony śluzowéj z jelita królika. Gdy płatki błony śluzowéj się nie przyjęły, zmuszony był powtórzyć operacyję, przy któréj użył teraz papieru staniolowego z pomyślnym skutkiem.

W dyskusyi drowie Kohn i Jodłowski wspominają o podobnych przypadkach ze swéj praktyki.

Wykład dra Stroynowskiego: O stosunku cukrzycy do zmian narządu płciowego niewieściego.

Na podstawie poczynionych przez siebie od 12 lat spostrzeżeń, przychodzi dr. S. do wniosku, że cukrzyca sprowadza przedwczesne rozpoczęcie miesiączkowania, jakoteż zanik macicy i jajników. Jestto tak częste, że ma wartość rozpoznawczą, że zanik macicy może nas naprowadzić na podejrzenie cukrzycy. Świerzbiączka sromu występuje w cukrzycy często, lecz nie zawsze. Leczenie cukrzycy, wywiera równie korzystny wpływ na części płciowe.

W końcu dr. Sztembarth opisał kleszcze porodowe własnego pomysłu.

Sekcyja okulistyczna.

Posiedzenie II. Przewodniczący dr. Kramsztyk.

I. Referat dra. Sroczyńskiego: „O leczeniu jaglicy:

Wnioski referenta z szczegółowego rozbioru wszystkich najważniejszych dotychczasowych metod leczenia zebrać można w następujące punkty: Leczenie jaglicy powinno stosować się do każdorazowéj postaci, okresu i stopnia cierpienia, a mianowicie: 1) w okresie I, w przypadkach rozsianych ziarn jaglicowych i przerosłych brodaweczek najszybciéj dochodzi się do celu przez galwanokaustykę; 2) w okresie II. przez wygniatanie; 3) w przypadkach cięższych okresu I i II oraz na przejściu do III, najszybciéj osiągamy wynik pomyślny przez postępowanie operacyjne metodą Heisratha; 4) w wielu przypadkach nie można się obejść bez środków leczniczych, a głównie lapisu i *cuprum sulfur.*, zwłaszcza w leczeniu następowem. Każda z wymienionych metod daje najlepsze wyniki wśród korzystnych warunków higienicznych, a z tych najważniejsze jest czyste, zwłaszcza górskie powietrze.

W dyskusyi dr. Ziemiński podnosi skuteczność sublimatu w postaci zakraplań roczynu 1 : 500, lub w postaci maści 1 : 300. Nadto przypomina metodę Sattlera polegającą na nakłuwaniu ziarn i wyłyżeczkowaniu. Co do metody operacyjnéj, jest zwolennikiem wycinania samego

tylko załamka, co najwyżéj z wąskim paskiem górnéj części chrząstki.

Prof. Rydel zgodnie z referentem, nie widział po myślnych skutków po stosowaniu sublimatu, natomiast podnosi bardzo znaczenie lapisowania w przypadkach zaostrzeń sprawy jaglicowej i w świeżych okresach wrzodów jaglicowych.

Dr. Sroczyński potępia wszelkie postępowanie polegające na wyskrobywaniu produktów jaglicy, obawiając się szkodliwego wpływu na rogówkę z pwstających ztąd strzępków spojówki, które ropieją i nadto mechanicznie drażnią rogówkę. Co do postępowania operacyjnego, koniecznem jest wycinanie chrząstki, tak dla osiągnięcia celu operacyi, jak dla uniknienia zboczeń w położeniu i ruchomości powiek.

Dr. Kramszyk wychodząc z założenia, że zapobieganie szerzeniu się jaglicy jest sprawą wagi społecznéj, wnosi, aby sekcyja uprosiła ogólne posiedzenie Zjazdu o powzięcie następującéj uchwały: Zjazd VI lek. i przyrodn. pol. uważa utworzenie oddzielnych zakładów wiejskich dla chorych jaglicowych za sprawę niezmiernie pilną zarówno ze względu na samych chorych, jak przedewszystkiem na zapobieżenie coraz większemu szerzeniu się téj choroby.

Wniosek ten po krótkiéj dyskusyi jednomyślnie uchwalono.

II. Dr. Noiszewski przedstawia hydroelektrody własnego pomysłu do elektryzowania oka, oraz podaje wskazania do ich użycia. Ponieważ dotychczasowe sposoby elektryzowania oka mniéj lub więcéj zadrażniają spojówkę, rogówkę i działają także na mózg, przeto prelegent stosuje biegun prądu w postaci kropli wody, zwieszającéj się z rurki szklanéj, w któréj biegun prądu jest ustalony. Elektrody takie są jedno biegunowe (druga elektroda zwyczajna za uchem) lub dwubiegunowe, których używa w porażeniach akomodacyi, ustawiając je po obu stronach rogówki.

III. Wykład prof. Rydla. Przyczynek do zaniewidzenia skutkiem zatrucia wyskokowego i tytoniowego.

Rozpoznanie tej postaci niedowidzenia wymaga dokładnego badania perymetrem ze względu na przerwę w przyśrodkowéj części pola widzenia dla barwy czerwonéj lub dla czerwonéj i zielonéj. Pożądanem przeto byłoby mieć dogodny sposób, zajmujący mniéj czasu niż badanie perymetrem, i mogący choć pobieżnie to badanie zastąpić. Prelegent zauważył, że chorzy z powyższem cierpieniem widzą każdem okiem z osobna przy czytaniu prób druku wyraźniéj skroniowe połowy wyrazów, i dla tego bystrość wzroku przy czytaniu obuocznem bywa znacznie większą, niż przy jednoocznem. Dotychczas spostrzegał prelegent objaw ten w 4 przypadkach, dr. Sroczyński zaś w 3 przyp. zaniewidzenia wyskokowo-tytoniowego. W zachowaniu się tem widzi prelegent wytłomaczenie w lokalizacyi znanéj przerwy w polu widzenia w miejscu między punktem środkowym a plamką Mariotta.

W dyskusyi zabierali głos dr. Sroczyński, dr. Gepner jun. z Warszawy, dr. Machek ze Lwowa, prelegent i dr. Ziemiński.

IV. Dr. Machek prosi o przyjęcie wniosku, aby sekcyja uchwaliła kontrolę nad składami okularów, którąby zniewoliła właścicieli składów do ścisłego przestrzegania przepisów, wydanych przez lekarza ordynującego szkła. Wniosek po krótkiéj dyskusyi uchwalono przedstawić na ogólnem posiedzeniu Zjazdu.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekcyja higijeny i medycyny sądowej.

Posiedzenie II. Przewodniczący dr. Pollak.

I. Wykład dra Karczewskiego: O szerzeniu się chorób umysłowych i o sposobach zapobiegania szerzeniu się ich.

Udowodniwszy za pomocą dat statystycznych, że liczba umysłowo chorych, a zwłaszcza nerwowo chorych, w krajach cywilizowanych coraz bardziéj wzrasta, zaznacza dr. K. na jak wielkie niebezpieczeństwo z tego powodu społeczeństwo jest narażone. Jako przyczyny tego szerzenia się chorób umysłowych i nerwowych wylicza prelegent: zbyt częste małżeństwa pomiędzy krewnymi, nieodpowiedni sposób wychowywania, zbytnie natężenie umysłowe i nadużycia pod względem płciowym. Wielkie jest zadanie, ale też znaczny jest wpływ lekarzy pod względem zapobiegania tym złym stosunkom.

W dyskusyi przemawiali drowie Barzycki, Poniklo, Pollak, Merunowicz, Jendl, Wysocki i Tchórznicki.

II. Wykład dra Zawadzkiego: „O wyjaławianiu mleka".

Prelegent podnosi ważność i konieczną potrzebę wyjaławiania mleka i przedstawia przyrząd do tego celu służący zbudowany przez siebie i dra Nenckiego. Przytem wypowiada i uzasadnia zdanie, że wyjaławianie i rozcieńczanie mleka powinno się odbywać już w zakładach centralnych.

W dyskusyi wzięli udział drowie Poniklo, Barzycki, Tchórznicki, Merunowicz, Stępniewski, Goldhaber i Pietrzycki.

III. Wykład. Dr. Wachholz: „Sposoby wykrycia związków sinu w ciałach temiż zatrutych".

Dr. W. wymienia znane dotąd próby na związki sinu i zaznacza, że z nowszych najważniejszą i najlepszą jest próba na methemoglobinę sinowodową podana przez Roberta, jak to prelegent wykazał zapomocą doświadczeń na królikach, które zatruwał sinkiem potasu. Toteż zaleca ją dr. W. do wykrywania otrucia związkami sinu w praktyce sądowo lekarskiéj.

IV. Dr. Feigel: „O wyróżnieniu krwi ludzkiéj od zwierzęcéj zapomocą żółci".

Jeżeli dodamy do krwi zaschłéj lub sproszkowanéj żółci, to powstają kryształki barwy ciemno-wiśniowéj, które z krwi ludzkiéj mają postać słupów, z zwierzęcéj mają inną postać np. kostki, ośmiościany i t. d. Po owych kryształach w kształcie słupów, można zatem odróżnić krew ludzką od zwierzęcéj. Rzecz ta wymaga jednak jeszcze dalszych badań.

Sekcyja medycyny teoretycznéj.

Posiedzenie II. Przewodniczący prof. Mareš.

I. Koreferent w sprawie ptomainów i leukomainów. Dr. Opieński zarzuca drowi Pruszyńskiemu, że w referacie swym nie podał wyników z własnych badań, lecz zadowolnił się przytoczeniem rzeczy już znanych. Zaznacza, że uwzględnić należy także toksalbuminy, tworzące się pod wpływem drobnoustrojów chorobotwórczych i podaje, że wyniki własnych badań w kierunku albuminów w hodowlach niektórych bakteryj są dotąd ujemne.

Po krótkiéj, a żywéj dyskusyi pomiędzy oboma referentami nastąpiło sprawozdanie dra Becka z pracy wykonanéj wspólnie z prof. Cybulskim: „O zjawiskach elektrycznych w korze mózgowéj". Jestto dalszy ciąg pracy znanéj czytelnikom „Przeglądu Lekarskiego". p. t.: O oznaczeniu lokalizacyi w mózgu i rdzeniu zapomocą zjawisk elektrycznych". Wyniki z dalszych badań są następujące: Odprowadzając prąd od dwóch miejsc kory mózgowéj zapomocą elektrod niepolaryzujących [których jakość nie miała wpływu na zmiany wychylenia], widzimy w galwanometrze wychylenie okazujące ciągle wahania, które są wyrazem ustawicznych zmian w stanie czynnym środków nerwowych. Wahania te przedstawiają autorowie graficznie. Kierunek wychylenia wskazywał zazwyczaj, że przednia sfera półkul mózgowych bywała elektro-ujemna, czyli stan czynny środków w przedniéj części kory położonych był wybitniejszy. Co do samych zmian lokalizacyi, to występowały one także i po stronie drażnienia, ale były słabsze i prawdopodobnie występowały dopiero późniéj. W początkach doświadczenia gdy kora była odsłonięta, zmiany elektryczne lokalne przy drażnieniu były niewyraźne, prawdopodobnie dla tego, że pokrywały je zmiany wywołane stanami czynnemi będącemi następstwem asocyjacyj. Uszkodzenie mózgu pociągało

za sobą wytwarzanie silnego napięcia elektroujemnego w miejscu uszkodzenia, podobnie jak drażnienie jakiejś okolicy kory mózgowéj. Napad drgawek, który występował czasem ku końcowi doświadczenia, poprzedzały silne zmiany w wychyleniu lusterka w galwanometrze.

W dyskusyi zabierali głos prof. Cybulski, dr. Korniłowicz, prelegent i prof. Mareš.

Nastąpił wykład kand. med. Zanietowskiego o pracy swéj i prof. Cybulskiego: „Nowa metoda podrażnienia nerwów i mięśni zapomocą kondensatorów.

Zadaniem téj metody jest wprowadzenie takiego bodźca do drażnienia mięśnia lub nerwu, którego siłę dokładnie znać i w jednostkach pewnych określićbyśmy mogli. Autorowie doszli do tego przez użycie ładunku kondensatora jako podniety, przyczem w grę wchodzące czynniki, jakoto różnica potencyjałów, pojemność i ściśle określony minimalny czas dokładnie dają się obliczyć i dowolnie zmieniać. Szereg wykonanych doświadczeń doprowadził do licznych, a ciekawych wniosków, z których jako najważniejsze przytaczamy następujące: czynnikiem podrażniającym jest energija bodźca, a nie gęstość prądu; w pewnych granicach między tą energiją a energiją mięśnia zachodzi ścisły stosunek; obciążenie mięśnia wpływa zarówno na granice pobudliwości jak i na stosunek między podniętą, a jéj skutkiem. *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 27-go sierpnia 1891. Według ostatnich wiadomości zmniejsza się śmiertelność z cholery w Mekce. Od 27-go lipca do 1-go sierpnia zmarło tamże 336 osób. Natomiast w Dżedda wzrasta liczba przypadków śmierci z cholery. Wobec tego że pielgrzymi zaczynają już powracać, należy się niebawem spodziewać obniżenia śmiertelności. Urzędownie stwierdzono, że od 11-go lipca do 1-go b. m. zmarło z cholery osób 3026, z tych w Mekce 2238. W Aleppo utrzymuje się epidemija; dochodzą również wiadomości o kilku przypadach z Edlip i Antyjochii.

* Na mocy art. II. ustawy z dnia 12 grudnia 1889, Dz. u. kr. Nr. 8 z r. 1870 ustanowił Wydział krajowy w porozumieniu z c. k. Namiestnictwem taksy dzienne w szpitalach powszechnych za leczenie i pielęgnowanie chorych: w Przemyślu od dorosłych w kwocie 45 ct., a od dzieci w kwocie 24 ct.; w Tarnowie od dorosłych 48 ct., od dzieci 28 ct.; w Tarnopolu od dorosłych 47 ct., od dzieci 26 ct.; w Brodach od dorosłych 46 ct., od dzieci 25 ct.; w Brzeżanach od dorosłych 54 ct., od dzieci 30 ct.; w Żółkwi od dorosłych 48 ct., od dzieci 25 ct.; w Drohobyczu od dorosłych 53 ct., od dzieci 28 ct.; w Rzeszowie od dorosłych 50 ct., od dzieci 28 ct.

* Na podstawie orzeczenia Najwyższéj Rady zdrowia zakazało Ministerstwo spraw wewnętrznych sprzedaży barwideł włosów: Aqua amarella, Seegera ulepszonéj pomady na włosy, wody na włosy amerykańskiéj Hair Roster.

* W Hamburgu odbyło się dnia 22 uroczyste poświęcenie krematoryjum, urządzonego z uwzględnieniem wszystkiego, czego nauka wymagać może od takich zakładów.

* W dniach 5 i 6 października r. b. odbędą się w Gracu posiedzenia wiedeńskiego stowarzyszenia psychologów i psychijatrów.

* Do tamowania krwotoków po porodach zbudowali maszynę (!) Davison i Leslie w Belfort i uzyskali na nią patent.

* Skład płynu Wickersheimera do przechowywania części zwłok jest następujący (według patentu z roku 1879): 100 grm. ałunu, 25 grm. soli kuchennéj, 12 grm. saletry, 60 grm. potażu i 10 grm. kwasu arsenawego rozpuszcza się w 3000 grm. wrzącéj wody. Po oziębnieniu roztwór się sączy i dodaje do 10 litrów cieczy obojętnéj i bezbarwnéj 1 litr gliceryny i 1 litr alkoholu metylowego. Wyroby zanurza się w tym roztworze przez 5 do 12 dni potem na powietrzu suszy. Postępowanie to zapobiega gniciu nawet przez szereg lat.

* Do dnia 18-go sierpnia było w Krynicy 3827 osób; w Szczawnicy do d. 25 sierpnia 2877 osób; w Truskawcu do 15 sierpnia 1032 osób; w Cieplicach czeskich do d. 22 sierpnia 5783 osób.

* W tygodniu 32-ym (od 9—15 sierpnia) było w Krakowie małżeństw 15, urodzin 45, skonów 56; z tych z odry 1, z krztuśca 1, z gruźlicy 11, z zapalenia płuc 8, z nieżytu żołądka i jelit 11.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Kopenhaga** Dr. Gram został zamianowany zwyczajnym profesorem farmakologii w tutejszym uniwersytecie. Prof. Esmarch z Kiel i prof. Metschników z Odesy zostali zamianowani doktorami *honoris causa* uniwersytetu Cambridge. — **Kiel**. Dr. Bernard Fischer został zamianowany nadzwyczajnym profesorem higijeny i dyrektorem zakładu higinicznego. — **Dorpat**. Dr. Cschiesch (z Petersbuga) został zamianowany zwyczajnym profesorem psychijatryi.

* **Wiadomości osobowe.** C. i k. lekarz pułkowy dr. Henryk Otto został przeniesiony do 70 p. p., a dr. Jerzy Koczyński i dr. Izydor Aschkenazy do 79 p. p.

* **Nekrologija.** Dnia 13 b. m. umarł w Karlsbadzie dr. Włodzimierz Tyralski, c. k. lekarz powiatowy w Zbarażu, długoletni członek Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego i galicyjskiego, Tow. Tatrzańskiego, Tow. Przyjaciół sztuk pięknych i t. d., po ciężkiéj chorobie żołądkowej, przeżywszy lat 53. Zmarły był mężem zacnego i szlachetnego charakteru, gorliwie zawsze spełniającym obowiązki swe jako prawdziwy przyjaciel cierpiącéj ludzkości. Dobry obywatel, zacny i uczynny kolega, skromny i pracowity nie uganiał się za zaszczytami ani za fortuną, był ogólnie kochany i poważany. Cześć jego pamięci! — *Dr. Michał Berger.*

W Gryfii zmarł Dr. Józef Lücken asystent zakładu patologicznego. Przyczyną śmierci było zakażenie krwi wskutek skaleczenia się przy operacyi.

W zastępstwie Redaktora: **Dr. I. Schaitter.**

L. 14.397 **OGŁOSZENIE KONKURSU.**

W etacie służby sanitarnéj gminy miasta Przemyśla wakują dwie posady lekarzy miejskich, każda z płacą 1,000 złr. rocznie, prawem do dwóch dodatków pięcioletnich w wysokości 10% tejże płacy oraz prawem do emerytury pod warunkami tut. miejskim statutem emerytalnym zastrzeżonemi.

Posady te nadane zostaną na razie prowizorycznie.

Obowiązki lekarzy miejskich obok obowiązujących ustaw i przepisów sanitarnych określi instrukcyja przez Radę miejską miasta Przemyśla wydać się mająca

Kandydaci do posad muszą oprócz dostatecznéj fizycznéj zdatności posiadać następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryjackiego,
2) dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiéj,
3) nieskazitelny charakter,
4) znajomość języków krajowych,
5) praktykę najmniéj dwuletnią w zawodzie lekarskim,
6) nieprzekroczony 40-ty rok życia.

Podania co do powyższych wymogów należycie udokumentowane wnosić należy do Prezydyjum Magistratu w Przemyślu do dnia 14-go września 1891 r. 87—3—3

Przemyśl, dnia 31 lipca 1891 r. *Dworski.*

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.